

De 'Probleem'-lijst

Een aanzet tot een nieuwe classificatiemethode voor het huisartsgeneeskundig handelen

JACQUES FRACHEBOUD, ANTON LOONEN, WIM SEGERS EN ANNET VAN VUGT, red.*

In deze bijdrage brengt een groep voormalige arts-assistenten in opleiding tot huisarts verslag uit van het zogenaamde additioneel programma aan het Instituut voor Huisartsgeneeskunde in Utrecht. Uitgangspunt was de wens te kunnen registreren „wat de huisarts na afloop van het contact ziet als het essentiële van dat contact”. Omdat de bestaande classificatiesystemen deze mogelijkheid niet bieden, werd een poging gedaan tot het opstellen van een nieuwe classificatie; dat werd de 'Probleem'-lijst. Tevens werd onderzocht, in hoeverre in de praktijk met deze 'Probleem'-lijst valt te werken.

Inleiding

Een van de verplichte onderdelen van de beroepsopleiding tot huisarts aan het Instituut voor Huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit te Utrecht is het zogenaamde additioneel programma. „Onder additioneel programma wordt verstaan een activiteit van de arts-assistent om ontbrekende kennis ten aanzien van de huisartsgeneeskunde aan te vullen en/of extra ervaring op te doen, die niet zonder meer in de dagelijkse praktijk wordt opgedaan. (...) Met nadruk zij vermeld dat het gaat om vermeerderen van inzicht en niet om verkrijgen van wetenschappelijke resultaten”.

In het begin van onze stageperiode bood zich een onderwerp aan dat te omvangrijk zou zijn voor een individuele aanpak, maar zich wel goed leende voor een gezamenlijk onderzoek door alle twaalf leden van onze arts-assistentgroep. Overigens diende hiervoor speciale toestemming te worden verkregen.

Aanleiding. Nadat wij enkele maanden hadden meegelopen in de praktijk, viel ons op dat de werklast c.q. het

patiëntenaanbod in de verschillende praktijken nogal uiteenliep. Om daarin enig inzicht te krijgen, besloten wij allen gedurende één dag bij te houden wat wij per consult en visite zouden zien, en dit op een volgende terugkomdag te vergelijken.

Bij de bespreking van de uitkomsten van deze registratie bleek dat wij gebruik hadden gemaakt van verschillende grootheden, zoals symptomen, diagnoses, behandelingen, klachten, wensen, angsten en problemen. Een vergelijking tussen de verschillende praktijken werd hierdoor bemoeilijkt; om zinvol te kunnen vergelijken, zouden wij elk consult op dezelfde manier moeten weergeven.

Wij dienden nu eerst tot overeenstemming te komen over de aspecten van het arts-patiënt contact die wij zouden willen vergelijken. Vervolgens zou dan een passend classificatiesysteem gekozen kunnen worden.

'Probleem'. Wat wij wilden weten, was niet de hulpvraag of de diagnose, maar met wat voor problematiek de huisarts te maken krijgt. Met andere woorden: waar gaat het om bij *deze* patiënt, in *dit* consult, met inachtneming van de voorgeschiedenis?

We hebben deze parameter 'Probleem' genoemd, een begrip dat overigens niet volledig overeenstemt met het begrip 'probleem' in de theorie van de somatische fixatie.¹ Onder het 'Probleem' van de patiënt verstaan we datgene wat de

huisarts na afloop van het arts-patiënt contact als de essentie van dit contact ziet, daarbij rekening houdend met de specifieke achtergrond en voorgeschiedenis van de patiënt (zie het kader op pagina 66). Natuurlijk is ook ons 'Probleem' niet voldoende om de inhoud van een arts-patiënt contact volledig weer te geven. Niettemin sluit dit begrip naar onze mening beter aan bij het specifieke werk van de huisarts en lijken ons de voordelen ervan op te wegen tegen de nadelen.

Doel onderzoek. Het doel van ons onderzoek kan als volgt worden weergegeven:

1. Inventariseren van de bestaande classificatiesystemen.
2. Opzetten van een nieuwe 'Probleem'-lijst.
3. Toetsen van deze 'Probleem'-lijst.

Opzet

1. Een voor de hand liggende bron van informatie was het tijdschrift *Huisarts en Wetenschap*, waarin veel relevante informatie was te vinden. Iedere deelnemer nam een deel van de literatuur voor zijn rekening en schreef daarvan een samenvatting voor de anderen.

2. Voor het opzetten van de 'Probleem'-lijst werden de deelnemers ingedeeld in vier subgroepjes. In deze subgroepjes werden eerst, op grond van arts-patiënt contacten, allerlei items opgesteld en besproken. Daaruit resulteerden vier primaire lijsten, die in elk van de subgroepen werden besproken, en vervolgens werden samengevoegd tot één „semi-definitieve” lijst.

Na toetsing van deze lijst in de praktijk, werd in de subgroepen getracht nog de nodige verbeteringen aan te brengen en tenslotte is een volledige dag besteed aan het samenstellen van een „definitieve” lijst met daarbij de omschrijving van de verschillende items.

3. Medio augustus is de toen „semi-definitieve” lijst een week lang door alle deelnemers in de praktijk getoetst: alle contacten met patiënten – consulten, telefoontjes en visites – werden op de 'Probleem'-lijst gescoord. Het ging daarbij om de vraag, hoe duidelijk de verschillende categorieën gedefinieerd waren, hoeveel tijd het scoren zou kosten, en hoe vaak er van de verzamelrubrieken *anders* en *Onbekend* gebruik gemaakt zou worden. Het was dus niet de bedoeling om tot een of ander onderzoeksresultaat betreffende verschillen in praktijkvoering of patiëntenbestand, te komen.

* Het onderzoek werd uitgevoerd door Jacques Fracheboud, Ad van Gils, Trudy de Jong, Thieu Kersemaekers, Wim Kok, Christianne Lamberti, Anton Loonen, Bert van de Meeberg, Maarten Moerdijk, Marcel Schra, Wim Segers en Annet van Vugt, destijds allen arts-assistent in opleiding tot huisarts. In eerste aanleg werd door alle deelnemers een bijdrage geleverd voor het onderzoeksverslag. Dit verslag is daarna tot artikel bewerkt door de vier „redacteurs”.

Resultaten

1. **Bestaande classificatiesystemen.** In totaal bleken twintig artikelen in meerdere of mindere mate raakvlakken te hebben met ons onderwerp.

• *Westbury* en *Hodgkin* rubriceerden naar de ernst van de klacht of ziekte.^{2,3}

• *Mc Whinney* deed een poging tot integratie van gedragswetenschappen en klinische geneeskunde. Hij ontwikkelde een schema van sociale factoren die ziekte en gedrag kunnen beïnvloeden, en een classificatie betreffende patiëntengedrag. Deze classificatie telde de volgende zeven categorieën:

- limit of tolerance: de symptomen veroorzaken pijn of ongemak;
- limit of anxiety: angst over consequenties van de symptomen;
- signal behaviour: het gepresenteerde symptoom dient als binnenkomer;
- administrative;
- opportunity: brengen van een symptoom omdat de gelegenheid er toevallig voor is;
- no illness: preventief;
- lanthanic: bij patiënt wordt een afwijking ontdekt waarvan hij zich niet bewust is.

In 1975 werd een onderzoek met behulp van deze lijst verricht, waarbij bleek dat het voor het classificeren van het patiëntengedrag verschil uitmaakte of een contact plaatsvond op initiatief van de patiënt of van de arts. Daarnaast bestond er een verschil in classificeren door de deelnemende artsen. De benadering door de arts bleek een grotere invloed te hebben op de mate waarin patiënten hun psychosociale problemen openlijk brachten, dan de sociale en culturele achtergronden van de patiënt.⁴

• *ICHPPC-2*. Een werkgroep van de *WONCA* stelde in 1972, op basis van de *International Classification of Diseases (ICD-8)*, een verkorte lijst voor internationaal gebruik door eerstelijnswerkers op. Deze werd in 1974 gepubliceerd als *International Classification of Health Problems in Primary Care (ICHPPC)*.⁵ In 1979 vond, parallel met het ontstaan van de *ICD-9*, een revisie van de *ICHPPC* plaats tot de *ICHPPC-2*.⁶

De *ICHPPC-2* biedt de mogelijkheid om morbiditeitsgegevens uit de huisartspraktijk te registreren en internationaal te vergelijken. De lijst omvat achttien hoofdrubrieken (infecties, neoplasma's, geestesziekten, zwangerschap en bevalling/kraambed, ongevallen, enz), on-

derverdeeld in 370 subrubrieken. De *ICHPPC-2* is vrij makkelijk hanteerbaar en de gegevens kunnen ook eenvoudig door een computer bewerkt worden.

• *R FEC*. In 1976 werd een internationale werkgroep opgericht om een nieuwe classificatie te ontwerpen, die de mogelijkheid zou bieden om de redenen waarom mensen contact hebben met de huisarts, te classificeren. De reden om het eerstelijns gezondheidszorgsysteem binnen te treden, wordt gedefinieerd in termen van de hulpverlener, maar de classificatie behoort voor de patiënt herkenbaar te zijn.



ZEG NU ES EERLIJK: WAT IS EIGENLIJK UW PROBLEEM?

In een proefonderzoek bleek de *R FEC* een goed bruikbaar hulpmiddel bij het definiëren van de gecompliceerde relatie tussen de subjectieve hulpvraag en de meer geobjectiveerde noodzaak daartoe. Verder is het mogelijk met de *R FEC* het proces in de eerstelijns gezondheidszorg te classificeren.⁷

• *SOEP*. Door een aantal recente ontwikkelingen in de eerstelijns gezondheidszorg bestaat behoefte aan een registratiesysteem dat niet alleen dient als geheugensteun, maar ook een communicatieve en analytische functie heeft. Hiervoor blijkt de probleemgeoriënteerde registratie goed bruikbaar.⁸ Dit registratiesysteem bestaat uit vier elementen:

- S (subjectief): de klacht van de patiënt in zijn eigen formulering;
- O (objectief): verschijnselen en laboratoriumgegevens;
- E (evaluatie): bevindingen waarmee de exploratie wordt afgesloten;
- P (plan): het beleid.

Dit zogenaamde *SOEP*-systeem zou tot beter werk leiden, doordat door de rangschikking het systematische werken van de huisarts wordt bevorderd, terwijl de patiënt actief wordt betrokken bij het hulpverleningsproces.

De conclusie die wij uit ons literatuuronderzoek trokken, luidde dat er geen classificatiesysteem bestaat, waarin datgene wat wij als de essentie van het arts-patiënt contact zien, voldoende aan bod komt. De poging om verschillende bestaande classificatiesystemen te combineren en te integreren, komt echter in de buurt van de doelstelling van het additioneel programma.

Het 'Probleem'

Aan de hand van een voorbeeld willen wij proberen duidelijk te maken, wat een 'Probleem' is.

Een patiënt meldt zich op het spreekuur met oorpijn. De diagnose kan dan zijn: otitis media acuta, otitis externa of een andere aandoening. Maar het 'Probleem' kan zijn dat de patiënt niet met de pijn kan omgaan, dat hij bang is voor een ernstige ziekte, dat de oorpijn hem belemmert in zijn functioneren, of dat hij niet weet wat hij wel of niet kan doen met deze aandoening (bijvoorbeeld met vakantie gaan). Als de huisarts dit laatste aspect rubriceert en daarbij rekening houdt met de voorgeschiedenis, maakt hij niet alleen gebruik van een *Reason for encounter* (oorpijn) of een diagnose (otitis media, etc.), maar van een 'Probleem' (behandeling, kennisoverdracht, angst voor somatisch lijden, etc.).

Wij hebben dus gekozen voor een nieuwe parameter om een consult te beschrijven: het 'Probleem' (wij houden deze schrijfwijze met hoofdletter en aanhalingstekens aan).

	Totaalscores	
1. Behoeftte aan dienstverlening		
1.1. medisch-technisch (be-)handelen	137	
1.2. symptomatisch behandeling	350	
1.3 kennisoverdracht:		
1.3.1. informatie geven aan patiënt	174	
1.3.2. informatie krijgen van patiënt	38	
1.4. administratief	80	983
1.5. preventie en screening	10	(78,3%)
1.6. keuringen	7	
1.7. controles	145	
1.8. contact op initiatief van de arts	35	
1.9. anders	7	
2. Intra-individuele problematiek		
2.1. angst		
2.1.1. angst voor somatisch lijden	86	
2.1.1. andere angsten	8	
2.2. emotionele problemen	37	184
2.3. belemmering in normaal functioneren	26	(14,6%)
2.4. verwerking van een ingrijpende gebeurtenis	19	
2.5. anders	8	
3. Levensfaseproblematiek		
3.1. ouder worden	3	8
3.2. stervensproblematiek	4	(0,6%)
3.3. anders	1	
4. Relatieproblemen		
4.1. binnen gezin	22	3,4
4.2. buiten gezin	9	(2,7%)
4.3. arts-patiënt	3	
5. Beïnvloeding van de patiënt		
5.1. door omgeving	8	20
5.2. door professionele hulpverleners	9	(1,6%)
5.3. door media	3	
6. Socio-culturele problematiek		
6.1. werksituatie	8	
6.2. werkeloosheid	—	
6.3. woonsituatie	1	14
6.4. financiële problemen	2	(1,1%)
6.5. integratie minderheidsgroeperingen	—	
6.6. anders	3	
7. Problemen ten gevolge van:		
7.1. verslaving	3	6
7.2. medisch handelen	3	(0,5%)
8. Onbekend	7	(0,6%)

2. 'Probleem'-lijst. In de *figuur* is weergegeven, welke factoren een rol spelen bij onze 'Probleem'-definiëring, en welke plaats onze 'Probleem'-lijst inneemt ten opzichte van de besproken classificatiesystemen. De lijst zelf is weergegeven in de *tabel*, terwijl een verklarende toelichting is opgenomen in een *bijlage*. Deze 'Probleem'-lijst is voor een deel een categorisering van probleemdefinities, zoals beschreven in *Huisarts en somatische fixatie*¹. Onze categorisering vindt echter plaats ná het arts-patiënt contact en heeft niet tot doel om tijdens het contact te dienen als hulpmiddel voor veranderingsgerichte activiteiten (in tegenstelling tot de probleemdefinities). De lijst dient er toe om de evaluatie van het contact te classificeren.

3. Toetsing 'Probleem'-lijst. Tevoren was niet afgesproken, hoe de lijst zou worden ingevuld. De meeste deelnemers kozen een tabellarische vorm, met basisgegevens betreffende geslacht en leeftijd, eventueel aanvullende gegevens betreffende de patiënt, en de code-nummers van de lijst. Sommigen gebruikten, in plaats van kruisjes, afkortingen voor consulten, telefoontjes en visites.

Tabel (links). De 'Probleem'-lijst met de totaalscores (N=1256).

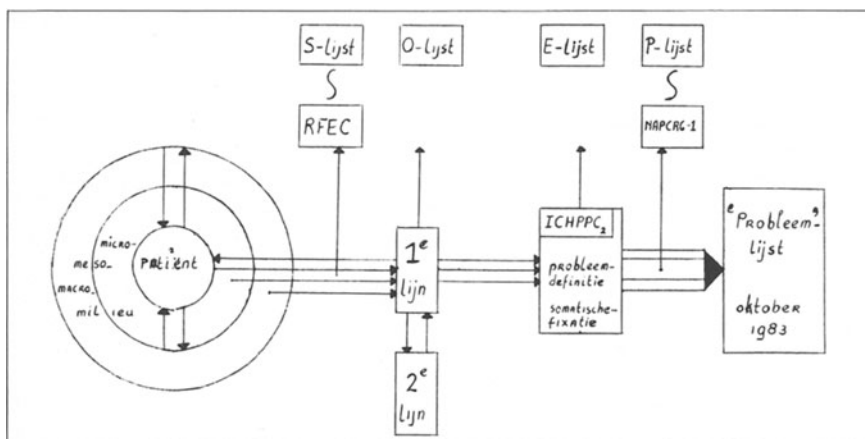
Figuur (links onder). De positie van de 'Probleem'-lijst ten opzichte van andere classificatiesystemen.

Toelichting

Wij zien de patiënt als het middelpunt van zijn omgeving, van waaruit allerlei factoren op hem inspelen (aangegeven als cirkels om hem heen voor micro-, meso- en macromilie, en met pijlen, die de wisselwerking symboliseren.

Het SOEP-systeem is eerder beschreven. Momenteel wordt er aan de Rijksuniversiteit Limburg gewerkt aan afzonderlijke classificaties voor de verschillende onderdelen van de SOEP-registratie (basisproject registratie in de huisartspraktijk).

De *figuur* laat zien hoe deze onderdelen ten opzichte van de andere classificatiesystemen te plaatsen zijn: De S-lijst staat aan het begin van het consult en hiervoor wordt momenteel de al eerder beschreven RFE-classificatie gebruikt. Voor de O-lijst (lichamelijk en laboratorium-onderzoek) is er op dit moment nog geen classificatiesysteem. Voor de E-lijst wordt nu de ICHPPC-2 gebruikt. De P-lijst overlapt met de NAPCRG (North American Primary Care Research Group); de Rijksuniversiteit Limburg en het NHI werken aan een Nederlandse versie.



Er werden in totaal 1256 'Problemen' gescoord, bij een totaal van 1054 arts-patiënt contacten, met een gemiddelde van 105 'Problemen' respectievelijk 88 contacten per arts-assistent.

De tabel laat een sterke voorkeur zien voor de categorie „dienstverlening” (1.1 t/m 1.9), waaronder bijna 80 procent van alle scores valt. In de categorieën „levensfaseproblematiek”, „socioculturele problematiek”, „problemen ten gevolge van” en „onbekend” (respectievelijk 3, 6, 7 en 8) werd steeds incidenteel gescoord. De punten „werkeloosheid” (6.2) en „integratie minderheidsgroeperingen” (6.5) kwamen helemaal niet aan bod.

Er werd 202 keer dubbel of meervoudig gescoord, gemiddeld bij 19,2 procent van alle contacten. Daarbij is opengelaten, of het gaat om verschillende 'Problemen' in één contact of één 'Probleem', dat in verschillende categorieën gescoord werd. Er was een grote onderlinge variatie wat het meervoudig scoren betreft: minimaal werd er in 1,8 procent en maximaal in 52,1 procent van de gevallen gebruik gemaakt van deze mogelijkheid, wat op verschillen in opvatting ten aanzien van het hanteren van de lijst zou kunnen wijzen.

Diverse moeilijkheden met de lijst kwamen naar voren. Sommige definities op de verklarende lijst bleken te weinig duidelijk en verschillende categorieën overlappen elkaar zo, dat een geringe (subjectieve) nuance in de interpretatie van een contact al gauw een verschil in scoren tot gevolg heeft. Soms moest er dubbel gescoord worden om één contact in de lijst onder de brengen.

De volgende punten kwamen in de discussie specifiek aan de orde en leidden soms tot veranderingen in de verklarende lijst:

- „Informatie geven” (1.3.1) en „angst voor somatisch lijden” (2.1.1) houden verband met elkaar. Als iemand informatie krijgt, kan hij zijn angst kwijtraken; hij wordt gerustgesteld. Besloten werd het woord „geruststelling” in de verklarende lijst onder 1.3.1 op te nemen; slechts „pathologische” (overdreven) angst valt onder 2.1.1.

- Controles en herhalingsconsulten leverden verschillende problemen op. Zo kan pilcontrole deel uitmaken van uiteenlopende categorieën („administratief”, „preventie en screening”). Als een patiënt voor controle komt, hoeft dit niet altijd onder 1.7 te vallen; pas aan het eind van dit contact mag gescoord worden. Komt de patiënt niet op uitdrukkelijk verzoek van de arts, heeft de

patiënt (nog) problemen, of zijn er complicaties, dan behoort het tot een andere categorie dan 1.7. Ter afgrenzing hiervan werd ook punt 1.3.2 („informatie krijgen”) verduidelijkt door „op eigen initiatief van de patiënt” aan de definitie toe te voegen.

- Sommigen vonden het moeilijk om een acute opname te classificeren. Besloten werd deze bij „symptomatisch handelen” (1.2) onder te brengen. Iemand werd bij een sterfgeval geroepen en kon hiervoor geen specifiek plaatsje op de lijst vinden (werd onder 1.9 gescoord).

- Grote moeilijkheden veroorzaakten alle contacten waarbij meer personen waren betrokken (ouders met kind, partners, andere begeleidende personen). Liggen de 'Problemen' voor iedere betrokkene anders (bijvoorbeeld angstige moeder met erg verkouden kind), dan kan beter in aparte kolommen gescoord worden.

- Ook intra-individuele en socioculturele problemen hebben vaak met elkaar te maken en zullen afhankelijk van de benaderingswijze door de arts verschillend gescoord worden. Het lijkt daarom gunstiger om in twijfelgevallen dubbel te scoren, ten einde belangrijke informatie niet te verliezen.

Bespreking

Wij deden een poging een classificatiesysteem te ontwikkelen om op een eenvoudige manier de essentie van een arts-patiëntcontact in de eerstelijns gezondheidszorg te registreren. De door ons geraadpleegde literatuur bood te weinig aanknopingspunten om aan deze doelstelling te voldoen, zodat wij door empirisch onderzoek in de praktijk uiteindelijk gekomen zijn tot een eigen classificatielijst. Deze 'Probleem'-lijst hebben wij getoetst op bruikbaarheid in de praktijk.

Tijdens de discussie was er vaak verwarring over het begrip 'Probleem'. Steeds most benadrukt worden, dat 'Probleem' niet altijd „het probleem van de patiënt” betekent.

Verder kwam in de discussie de relatie tussen de 'Probleem'-lijst en het systematisch werken aan de orde; we hadden het gevoel dat het invullen van de lijst ons aanzette tot systematisch werken. Een ander facet is dat een huisarts die meer ervaring en langduriger bestaande relaties met de patiënten heeft dan wij, de lijst meer adequaat zal kunnen invullen.

Niet beantwoord is de vraag, of ook derden met deze lijst zouden kunnen

werken. Er heerste tamelijk grote overeenstemming in onze groep, dat hiervoor de 'Probleem'-lijst met de verklarende lijst alleen niet voldoende zou zijn, zonder kennis van opzet en methode van ons hele additionele programma. Om dit te verduidelijken, zou bijvoorbeeld een toets met papieren patiënten opgezet moeten worden.

We hadden misschien meer informatie over nut en zin van de 'Probleem'-lijst kunnen krijgen door gelijktijdig met een andere lijst (ICHPPC-2 of RFEC) te classificeren. Omdat de tijd ontbrak om ons in deze lijsten in te werken, was dit plan echter niet haalbaar. Evenmin was er voldoende tijd om onze lijst aan onze huisartsopleiders voor te leggen, met het doel de bruikbaarheid te testen. En tenslotte zijn wij ook niet toegekomen aan waar het allemaal om begonnen was: het vergelijken van het werkaanbod in de verschillende praktijken.

Wij realiseren ons dat de thans ontwikkelde 'Probleem'-lijst een te ruw instrument is om een vergelijking met de bestaande classificatie-systemen te kunnen doorstaan. Daarover kan echter opgemerkt worden dat het ons niet primair was begonnen om het verkrijgen van wetenschappelijke resultaten, maar om het denk- en leerproces.

Bijlage:

Verklaringen 'Probleem'-lijst

1. Behoeft aan dienstverlening

Dienstverlening vindt plaats op een heel concrete vraag die je direct beantwoordt.

Behoeft aan dienstverlening: een oplossing van een probleem, waarbij specifiek een beroep wordt gedaan op je medische kennis en vaardigheden.

1.1. Medisch-technisch (be-)handelen omvat o.a. hechten, plaatsen IUD, oor uitspuiten, kortom een vraag om een technische handeling waardoor het probleem is opgelost.

1.2. Symptomatische behandeling: b.v. pijnstilling, „therapie” bij longontsteking, psychose, diarree, e.d.

1.3. Kennisoverdracht:

1.3.1. informatie geven: b.v. uitslag onderzoek, voorlichting, bevestiging van eigen vermoeden van patiënt, geruststelling.

1.3.2. informatie krijgen op eigen initiatief van patiënt: b.v. van verloop op de hoogte gehouden worden.

1.4. Administratief: op grond van de positie van de arts in het gezondheidszorgsysteem wordt hulp ge-

- vraagd; een doelvraag. B.v. herhalingsrecept, verwijzingskaart, afspraak specialist, uitvoering speciale wetten.
- 1.5. Preventie en screening: b.v. tussentijdse meting nieuwe patiënten, vaccinaties, uitstrijkje.
 - 1.6. Keuringen: sportkeuring, rijbewijskeuring, e.d. Heeft patiënt nodig om ergens toestemming voor te krijgen of toegelaten te worden (buiten de gezondheidszorg).
 - 1.7. Controles: op verzoek van de arts waarbij van de kant van de patiënt geen klachten of problemen bestaan. B.v. periodieke controle, controle op beleid, pre- en postnatale controles.
 - 1.8. Contact alleen op initiatief van de arts: sociale visite, ziekenhuisbezoek.
 - 1.9. Anders: incidentele problemen, die wel onder behoefte aan dienstverlening horen, maar niet onder te brengen zijn in een van de genoemde rubrieken.
2. *Intra-individuele problematiek*
Exclusief acute psychiatrie (eventueel onder 1.2). In sommige categorieën worden oorzaken genoemd (b.v. woningnood), maar in deze categorie ligt de oorzaak meer bij de patiënt en is de oorzaak soms niet te achterhalen.
 - 2.1.1. Somatische angst: b.v. voor infarct, pijn, ernstige ziekte.
 - 2.1.2. Andere angsten: fobieën, faalangst, e.d.
 - 2.2. Emotionele problemen: b.v. hulpeloosheid, schaamte, somberheid, eenzaamheid, overbezorgdheid.
 - 2.3. Belemmering in normaal functioneren: b.v. toneelspeler met angina, menstruatie tijdens examen, enz.
 - 2.4. Verwerking van ingrijpende gebeurtenissen: rouw, verdriet, echtscheiding, e.d.
 3. *Levensfaseproblematiek*
Bijvoorbeeld problemen samenhangend met bepaalde leeftijd; puberteit, menopauze, pensionering; sterfensproblematiek.
 4. *Relatieproblemen*
Inter-individueel. Onder gezin verstaan we allerlei samenlevingsvormen.
 5. *Beïnvloeding van de patiënt*
Beïnvloeding van buitenaf.
 - 5.1. door omgeving: gezin, kennissen.

- 5.2. door professionele hulpverleners: huisartsen, specialisten, wijkverpleegkundigen, pedicure, enz.
 - 5.3. door media: b.v. televisie, radio, pers, e.d.
6. *Socio-culturele problematiek*
Het probleem ligt niet zozeer bij het individu, maar meer in de maatschappij.
 - 6.4. financiële problemen: b.v. bijstandsmoeders.
 - 6.5. integratie minderheden: buitenlanders, zigeuners, homoseksuelen, travestieten.
Buitenlanders zullen vaak onder „onbekend” (8) vallen, doordat door de taalbarrière het probleem onbekend kan blijven).
 - 6.6. anders: hieronder vallen b.v. ook alibivragen („ziek worden”) om gezinshulp te krijgen).
 7. *Problemen t.g.v.*
 - 7.1. verslaving: een dubieuze categorie; omdat verslaving meestal multifactorieel bepaald is, wordt dit als een aparte categorie vermeld. Hieronder rekenen we alleen die patiënten bij wie de problemen hun oorzaak vinden in de verslaving.
 - 7.2. medisch handelen: b.v. somatische fixatie, psychische fixatie.
 8. *Onbekend*
Moeilijk blijft de rubricering van ouders die met kinderen komen, e.d.; soms is dit 1.2, soms 4.1 of een andere categorie.

Literatuur

- ¹ Grol R, red. Huisarts en somatische fixatie. Nijmegen: NUHI, 1981.
- ² Westbury RC. The analyses of family practice workloads by seriousness. *J Fam Pract* 1977; 4: 125-9.
- ³ Hodgkin K. Towards earlier diagnosis in primary care. 4th ed. London, etc.: Churchill Livingstone, 1978.
- ⁴ McWhinney I. Beyond diagnosis. *N Engl J Med* 1972; 287: 384.
- ⁵ Lamberts H, Dijk W van. The international classification of health problems in primary care (ICHPPC). *Huisarts en Wetenschap* 1975; 18: 361-9.
- ⁶ Classification Committee of WONCA. ICHPPC-2 (International Classification of Health Problems in Primary Care). 2nd ed. Oxford: Oxford University Press, 1979.
- ⁷ Lamberts H. Redenen om naar de huisarts te gaan. *Huisarts en Wetenschap* 1982; 25: 301-10.
- ⁸ Horst F van der, Vierhout W, Stalenoef P. Probleemgeoriënteerde verslaglegging in de huisartspraktijk. *Huisarts en Wetenschap* 1981; 24: 252-8.

- Allgemeinmedizin General Practice, Societas Internationalis Medicinæ Generalis, Bahnhofstrasse 22, A-9020 Klagenfurt, Oostenrijk.
- Australian Family Physician, 70 Jolimont Street, Jolimont, Victoria, 3002, Australië.
- Le Medicin de Famille/de Huisarts, Rue du Tabellion 76, 1050, Brussel, België.
- Huisarts Nu, Wetenschappelijke Vereniging der Vlaamse Huisartsen, Grote Hondstraat 18, 2000 Antwerpen, België.
- Canadian Family Physician, 4000 Leslie Street, Willowdale, Ontario, Canada.
- The Family Physician, PO Box 16250, Tel Aviv, Israël.
- Hong Kong College of General Practitioners, PO Box 10651, GPO, Hong Kong.
- The Family Practitioner, Room 1, NMA House, 5th Floor, 124 Jalan Pahang, Kuala Lumpur 02-14, Maleisië.
- The Finnish Association of General Practitioners, Ruoholahdenkatu 4, 00180 Helsinki, Finland.
- Transactions of College of General Practitioners of Sri Lanka, 147 Galle Road, Dehiwela, Sri Lanka.
- New Zealand Family Physician, PO Box 1, Owaka, South Otago, Nieuw-Zeeland.
- Journal of the Royal College of General Practitioners, Alford House, 9 Marlborough Road, Exeter, EX2 4TJ, United Kingdom.
- Journal of Pakistan Medical Association, PMA House, 39 Garden Road, Karachi-3, Pakistan.
- Philippino Family Physician, R-508 Dua Mercedes Building, Quiapo, Manila, Filippijnen.
- Le Médecin du Québec, 1440 St. Catherine St. West, Suite 1100, Montreal, Québec. H3G 1R8 Canada.
Newsletter, PO Box 2270, Bulawayo, Rhodesië.
- Singapore Family Physician, The Alumni Medical Centre, 4A College Road, Singapore 3.
- Elan, PO Box 27399, Sunnyside, Pretoria, Zuid-Afrika.
- American Family Physician, American Academy of Family Physicians, 1740 West 92nd Street, Kansas City, Missouri, 64114, USA.